



**CARTÃO PARA ESTACIONAMENTO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA – SO/TRÂNSITO**

NÃO RECEBER FORMULÁRIOS COM PREENCHIMENTO INCOMPLETO OU QUE NÃO ESTEJAM ACOMPANHADOS DOS DOCUMENTOS OBRIGATORIOS.

**PROTOCOLO**

Ao  
Prefeito Municipal de Guararema

Solicito a Vossa Excelência a emissão de cartão de estacionamento em vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso, destinado às pessoas com deficiência.

DADOS DO REQUERENTE				
Nome				
CPF	RG	Data expedição	Expedido por	
Endereço			Nº	CEP
Complemento	Bairro	Município	UF	
Telefone fixo	Telefone celular	E-mail		
CNH nº. (quando for condutor)		Validade da CNH		

DADOS REPRESENTANTE LEGAL				
Nome				
CPF	RG	Data expedição	Expedido por	
Endereço			Nº	CEP
Complemento	Bairro	Município	UF	
Telefone fixo	Telefone celular	E-mail		

SOLICITAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Renovação	<input type="checkbox"/> 2ª via

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade, e desde já me responsabilizo pelo bom uso do cartão, em conformidade com as disposições legais vigentes.

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- Carteira de identidade (ou documento equivalente) da pessoa idosa e do seu representante;
- Documento comprovando que o requerente é representante da pessoa idosa;
- Comprovante de endereço do domicílio da pessoa idosa, que obrigatoriamente deverá ser no Município de Guararema e do representante, quando o caso;
- Em caso de renovação, cartão (original) a ser renovado;
- Atestado médico: deverá ser apresentado em original ou cópia autenticada, emitida no máximo há 3 meses (conforme anexo).

Guararema, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do REQUERENTE

**ANEXO – ATESTADO MÉDICO****Finalidade**

Para fins de autorização de Cartão para estacionamento em vagas especiais, devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nos logradouros públicos no Município de Guararema, de veículo autorizado, por pessoa com deficiência.

<b>DADOS DO REQUERENTE</b>				
Nome				
CPF	RG	Data expedição	Expedido por	
Endereço			Nº	CEP
Complemento	Bairro	Município	UF	
Telefone fixo	Telefone celular	E-mail		
CNH nº. (quando for condutor)		Validade da CNH		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO</b>				
Nome				
Registro Profissional				
Local do atendimento				
<b>INFORMAÇÕES MÉDICAS</b>				
I – Descrição da deficiência e o CID – Código Internacional de Doenças:				
II – Informação se há ou não necessidade de uso de próteses, órteses, cadeiras de rodas etc:				
III – Observação (opcional):				
III – Confirmação da necessidade de vaga especial para o requerente:				
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				

**Observações:**

- Descrição e natureza da lesão: fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexos entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de locomoção do solicitante. Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados. A Secretaria Municipal de Saúde se reserva o direito de solicitar a presença para esclarecimentos e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Constituição Federal, Cap VII, Art.227, § 1º, Inciso II. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas à Prefeitura Municipal de Guararema, sob penas da lei.

Guararema, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Nome, CRM e assinatura do médico**

Autorizo a divulgação das informações médicas a meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção de cartão.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da pessoa com deficiência ou representante**